

# Autolesión y Conducta Suicida entre Adolescentes

Lesão Autoprovocada e Comportamento Suicida de Adolescentes  
Self-Harm and Suicidal Behavior Among Adolescents

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer as percepções de adolescentes sobre lesão autoprovocada e comportamento suicida. **Método:** Pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada com 20 adolescentes de uma escola pública localizada na zona urbana da região noroeste do sul do Brasil, as quais foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** Emergiram duas categorias temáticas denominadas "Autolesão e comportamento suicida: expressões do sofrimento de adolescentes" e "Raízes emocionais de lesões autoprovocadas: dores, perdas e vínculos". Os achados indicam a necessidade de intervenções precoces e intersetoriais entre saúde e educação, com foco na escuta qualificada, acolhimento e fortalecimento de vínculos protetivos. **Conclusão:** Para os adolescentes a escola configura-se como espaço para ações de prevenção e promoção da saúde mental, sendo essencial a criação de protocolos institucionais para o reconhecimento e atendimento de comportamentos autolesivos e suicidas.

**DESCRIPTORIOS:** Saúde do Adolescente; Saúde Mental; Comportamento Autodestrutivo; Suicídio.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand adolescents' perceptions of self-harm and suicidal behavior. **Method:** This qualitative field study involved semi-structured interviews with 20 adolescents from a public school in the urban northwest region of southern Brazil. These interviews were transcribed and subjected to content analysis. **Results:** Two thematic categories emerged: "Self-harm and suicidal behavior: expressions of adolescent suffering" and "Emotional roots of self-harm: pain, loss, and bonds." The findings indicate the need for early, intersectoral interventions between health and education, focusing on qualified listening, welcoming, and strengthening protective bonds. **Conclusion:** Schools are strategic spaces for preventing and promoting adolescent mental health, and the creation of institutional protocols for recognizing and addressing self-harm and suicidal behaviors is essential.

**DESCRIPTORS:** Adolescent Health; Mental Health; Self-Destructive Behavior; Suicide.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender las percepciones de los adolescentes sobre la autolesión y la conducta suicida. **Método:** Este estudio de campo cualitativo consistió en entrevistas semiestructuradas con 20 adolescentes de una escuela pública de la región noroeste urbana del sur de Brasil. Estas entrevistas fueron transcritas y sometidas a análisis de contenido. **Resultados:** Surgieron dos categorías temáticas: Autolesión y conducta suicida: expresiones del sufrimiento adolescente y Raíces emocionales de la autolesión: dolor, pérdida y vínculos. Los hallazgos indican la necesidad de intervenciones tempranas e intersectoriales entre la salud y la educación, centradas en la escucha cualificada, la acogida y el fortalecimiento de los vínculos de protección. **Conclusión:** Las escuelas son espacios estratégicos para la prevención y la promoción de la salud mental adolescente, y la creación de protocolos institucionales para reconocer y abordar la autolesión y las conductas suicidas es esencial.

**DESCRIPTORIOS:** Salud adolescente; Salud mental; Conducta autodestructiva; Suicidio.

### Lairany Monteiro dos Santos

Maestranda en Enfermería en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8099-8381>

### Andressa da Silveira

Doctora en Enfermería. Profesora de la Universidad Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Docente del Programa de Posgrado en Salud y Ruralidad de la Universidad Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, RS.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8099-8381>

### Leila Mariza Hildebrandt

Doctora en Ciencias. Profesora de la Universidad Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, RS. Docente del Programa de Posgrado en Salud y Ruralidad de la Universidad Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, RS.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0504-6166>

### Dieni Monique Carlos

Doctora en Enfermería en Salud Pública por la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Profesora Doctora de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad Federal de São Paulo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4950-7350>

### Keity Lais Siepmann Soccol

Doctora en Enfermería por la Universidad Federal de Santa Maria. Profesora de los cursos de Enfermería, Psicología y Odontología de la Universidad Franciscana (UFN).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7071-3124>

### Juliana Portela de Oliveira

Magister en Salud y Ruralidad por el Programa de Posgrado en Salud y Ruralidad. Profesora del Curso Técnico en Enfermería en la E.E.E. Básica Palmeira das Missões.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1131-8631>

### Alessandra Padilha Melo

Estudiante del octavo semestre del curso de Enfermería de la Universidad Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, RS. Becaria FIPE del Proyecto de Investigación "Demandas de Salud de Adolescentes Residentes en el Medio Rural".

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6415-129X>

### Raiana Oliveira Franceschi

Estudiante del sexto semestre del curso de Enfermería de la Universidad Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, RS. Becaria ODH del Proyecto de Extensión "Círculos de Cultura para la Educación en Salud de Niños y Adolescentes en la Escuela".

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5643-4654>

Recibido em: 19/09/2025

Aprobado em: 06/10/2025

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de transición entre la infancia y la edad adulta, que abarca a personas de entre 10 y 19 años, 11 meses y 29 días. En el contexto legal brasileño, se considera adolescente a toda persona de entre 12 y 18 años, pudiendo extenderse hasta los 21 años<sup>(1)</sup>. Se estima que el 14 % de los adolescentes del mundo padecen algún trastorno mental, entre los que destacan la ansiedad y la depresión, y que la mitad de los adultos con trastornos psíquicos comenzaron a presentar síntomas durante la adolescencia<sup>(2)</sup>. El impacto de la pandemia de COVID-19 ha intensificado este escenario, ante la inseguridad, el aislamiento social y la suspensión de las actividades escolares y de ocio, lo que favorece la aparición de cuadros de ansiedad, depresión, trastornos del sueño y estrés postraumático<sup>(3-4)</sup>. Estas repercusiones son especialmente graves entre los adolescentes, para quienes la convivencia social es esencial<sup>(4)</sup>.

En este contexto, la autolesión o lesión autoinfligida constituye una estrategia para aliviar el dolor emocional, regular las emociones o buscar la pertenencia, y puede estar relacionada o no con el suicidio<sup>(5)</sup>. Cuando no hay intención suicida, se denomina autolesión no suicida (ALNS), que puede incluir cortes, arañazos, golpes, arrancarse el pelo, morderse, entre otros.<sup>(6)</sup> Los estudios indican que los adolescentes recurren a estas prácticas para mitigar los sentimientos de vacío o integrarse en grupos de compañeros<sup>(5)</sup>.

Sin embargo, la autolesión es un factor de riesgo relevante para la ideación y la tentativa de suicidio<sup>(7)</sup>. El suicidio figura entre las principales causas de muerte de los jóvenes en el mundo: la cuarta entre los chicos de 15 a 29 años y la tercera entre las chicas de 15 a 19 años<sup>(8)</sup>. En Brasil, en 2019, fue la octava causa principal de muerte entre los adolescentes de 10 a 14 años y la

tercera entre los de 15 a 19 años<sup>(9)</sup>.

La incidencia de autolesiones y comportamientos suicidas entre los estudiantes se asocia a experiencias escolares negativas, como el acoso escolar, las presiones sociales y la necesidad de pertenencia, sumadas a la vulnerabilidad social y familiar<sup>(10-11)</sup>. En este contexto, las acciones intersectoriales entre la salud y la educación son fundamentales para la identificación temprana y la intervención en los factores de riesgo. La presencia de profesionales de la salud en el ámbito escolar favorece la escucha cualificada, la valoración de las singularidades y la creación de entornos de apoyo emocional, prevención y promoción de la salud<sup>(10)</sup>.

Dada la relevancia del tema, es imprescindible comprender las percepciones de los propios adolescentes sobre las autolesiones y el comportamiento suicida, con el fin de respaldar estrategias de atención y prevención. Ante lo expuesto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las percepciones de los adolescentes sobre las lesiones autoinfligidas y el comportamiento suicida?

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es conocer las percepciones de los adolescentes sobre las lesiones autoinfligidas y el comportamiento suicida.

## MÉTODO

Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, vinculada al proyecto matricial «Cuidado de enfermería y educación en salud con niños y adolescentes en la escuela». El enfoque cualitativo permite una comprensión profunda de las subjetividades involucradas, favoreciendo la construcción de reflexiones y conceptos emergentes del fenómeno investigado<sup>(12)</sup>. La naturaleza descriptiva contribuye a caracterizar la realidad de los sujetos y analizar sus experiencias<sup>(13)</sup>.

Los datos se recopilaron entre junio y agosto de 2024 en una escuela pública estatal de jornada completa, situada

en una zona urbana de vulnerabilidad social en un municipio del noroeste del sur de Brasil. La escuela cuenta con 170 alumnos de enseñanza primaria y 34 profesionales.

La muestra fue intencional, a partir de la indicación del equipo escolar, considerando la franja etaria entre 10 y 19 años y el historial de sufrimiento psíquico, comportamiento autodestructivo y/o suicida en el último año letivo<sup>(14)</sup>. Se seleccionaron 27 adolescentes, pero el corpus del estudio estuvo compuesto por 20 adolescentes, debido a la saturación teórica de los datos<sup>(12,14)</sup>.

Se utilizó un formulario para la caracterización y un guion para las entrevistas semiestructuradas, compuesto por 16 preguntas sobre factores asociados a las lesiones autoinfligidas, las ideas y los intentos suicidas, así como las redes de apoyo. Las entrevistas duraron una media de 30 minutos, se grabaron y transcribieron íntegramente en el programa Microsoft Word® y se sometieron al análisis de contenido de Bardin<sup>(15)</sup>.

Los resultados se organizaron con la ayuda de un mapa conceptual elaborado en el programa Canva, que permitió visualizar las conexiones entre los datos<sup>(16)</sup>. Para garantizar el anonimato, los participantes fueron identificados con la letra «A» seguida de un número ordinal.

El estudio se desarrolló de conformidad con los Criterios Consolidados para Informes de Investigación Cualitativa (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research – COREQ)<sup>(17)</sup>, cumpliendo con los parámetros de rigor metodológico aplicables a investigaciones de esta naturaleza. La investigación se llevó a cabo de conformidad con la resolución vigente que regula los estudios con seres humanos, y fue previamente aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa María, bajo el dictamen n.º 4.139.360.

## RESULTADOS



Participaron en el estudio 20 adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y los 16 años, matriculados regularmente en los cursos 5.º a 9.º de la enseñanza básica. La mayoría eran mujeres (n=14) y seis participantes se identificaron como hombres.

En cuanto a la autodeclaración de raza/color, 11 adolescentes se autodeclararon pardos, cuatro blancos, dos negros, uno amarillo y dos optaron por no declararse. La composición familiar fue muy heterogénea, incluyendo arreglos como: padre y madre (n=1), madre y hermano (n=1), padre, tíos, abuelos y primos (n=1), padre, madre, tíos, abuelos, primos y hermanos (n=1), hermanas y cuñada (n=1), madre y padrastro (n=2), madre, padrastro y hermanos (n=2), madre, abuela y hermanos (n=2) y padre, madre y hermanos (n=9). El número de residentes por domicilio varió entre tres y ocho personas. Dos adolescentes informaron que realizaban actividades remuneradas como autónomos.

En cuanto a las condiciones de salud, 12 participantes afirmaron no tener un diagnóstico previo. Entre los demás, se mencionaron: diagnóstico de depresión y trastorno bipolar (n=1), ansiedad (n=1), esquizofrenia y autismo (n=1), y asma y/o bronquitis (n=3). Un adolescente declaró desconocer su condición de salud. En cuanto al uso de medicamentos, dos participantes informaron su uso: uno tomaba clonazepam y el otro no supo especificar el nombre del fármaco. Solo un adolescente recibía seguimiento psiquiátrico en el momento de la recopilación de datos, y ninguno de los participantes informó estar en seguimiento psicológico o en servicios especializados en salud mental.

Los resultados del estudio se describieron en dos categorías temáticas denominadas: Autolesiones y comportamiento suicida: expresiones del sufrimiento de los adolescentes; y Raíces emocionales de las lesiones autoinfligidas: dolores, pérdidas y vínculos.

### Autolesiones y comportamiento suicida: expresiones del sufrimiento de los adolescentes

Las declaraciones revelan que los adolescentes entienden las lesiones autoinfligidas, principalmente en forma de automutilación, como un recurso subjetivo para afrontar el dolor emocional. Aunque el corte es la estrategia más mencionada, los participantes mencionaron diversas formas de autolesión, incluyendo mordiscos, arañazos, pellizcos, tirones de pelo e impactos contra superficies, lo que evidencia la pluralidad de prácticas autoinfligidas para aliviar estados psíquicos de sufrimiento.

*Me arañé, ¿sabes? ¡Me mordí así! Y también me aprieto el brazo. (A1)*

*¡Siempre me corto aquí, en los brazos! (A3)*

*¡Casi todos los días, en casa, me multo! (A4)*

*Cuando estoy muy ansiosa, me muerdo o me araña. ¡Ya he llegado a cortarme! ¡Y también me tiro del pelo! (A5)*

*[...] ¡Empiezo a golpearme contra las paredes! (A9)*

*¡Ya me he mordido dentro del aula, y entonces la profesora empezó a gritarme! ¡Empiezo a arañarme, a morderme, a tirarme del pelo cuando me enfado! (A10)*

*¡Una vez me corté, hice cinco cortes [muestra la muñeca], aquí en la escuela! (A13)*

*Me corté los brazos y los muslos, porque son lugares que no se ven. (A8)*

*«¡Ya me corté el pulso! [...] ¡Y a veces me pellizco! (A15)*

Parte de los adolescentes reveló utilizar métodos menos visibles de autolesión, como pellizcarse o morderse, especialmente en entornos públicos como la escuela. Estas prácticas se utilizan como estrategias de contención momentánea para evitar la autolesión más grave o incluso un intento de suicidio, lo que apunta a una compleja dinámica

de autorregulación emocional y prevención del agravamiento del sufrimiento.

*Cuando salgo de la escuela, me muerdo o me araña y luego, cuando llego a casa, me corto para aliviar lo que siento. (A2)*

*Me mordía porque no quería cortarme para que mi madre no viera que me estaba cortando. ¡Entonces me mordía! En mi cabeza surge un sentimiento de querer matarme, ¡y entonces lo hago! Me corto para no hacer ninguna tontería mayor y no entristecer más a mis padres. (A4)*

*En casa, rompo los cristales para hacerme daño y cortarme. Aquí en la escuela, trato de contenerme... ¡evitarlo! Empiezo a morderme para tratar de calmarme, para no intentar matarme o cortarme. (A10)*

*Solo en casa me corto, aquí en la escuela me pellizco. (A15)*

En otra dimensión, varios adolescentes relataron experiencias concretas de intentos de suicidio. Las estrategias variaron desde la intoxicación voluntaria con medicamentos, la ingestión de sustancias tóxicas y el uso de objetos cortantes, hasta intentos de atropello, ahorcamiento y asfixia. Estos relatos evidencian el agravamiento del dolor emocional, para el cual las prácticas de automutilación ya no resultaban suficientes como estrategia de alivio.

*Investigué y vi que si tomas mucha, mucha, mucha, mucha, mucha medicina, entonces tienes la posibilidad de morir. ¡Así que la tomé! [...] Estaba así..., ¡pensando en suicidarme! Entonces... vi que abajo [en la calle] había mucho tráfico... [...] y me quedé en medio de la calle mientras venían los coches... Pero entonces mi amiga saltó sobre mí y me sacó del medio de la calle. (A3)*

*Cogí veneno para ratas, lo mezclé con la comida y me lo comí. [...] E intenté suicidarme cortándome la vena [muestra el pulso]. (A2)*

*Tenía un cuchillo en la mano, estaba preparando la comida para mi padre y*

mi madre. Entonces empezaron a pelearse y me dijeron que era culpa mía. Y que no me querían como hija. [...] Entonces cogí un cuchillo e iba a cortarme el cuello, pero mi madre llegó justo a tiempo. (A4)

¡Yo también he intentado suicidarme! [...] Empecé a cortarme y entonces vi los envases de paracetamol sobre la mesa, los cogí y me los tomé todos! (A5)

Intenté ahorcarme... ¡Pero la cuerda se rompió! (A7)

[...] Ya intenté saltar de los árboles para caerme y romperme el cuello. ¡E intenté tirarme de la escalera aquí en la escuela tres veces! ¡Pero entonces mi compañera me sujetó! (A10)

Me corté las venas, una vez intenté cortarme el cuello, pero mi madre me lo impidió! [...] e intenté asfixiarme con la almohada. (A15)

Un día cogí un cuchillo y pensé en cortarme todo... Otro día, iba al colegio y me pasaba de un lado a otro de la calle, esperando que viniera un coche y me atropellara. Pero todos se paraban cuando me veían en medio de la calle. (A19)

Tomé un montón de medicamentos. Entonces empecé a encontrarme mal y mi madre me llevó al hospital. Fue entonces cuando falleció mi abuelo. (A20)

Las ideas suicidas estuvieron presentes en varios relatos, incluso en ausencia de intentos efectivos. Los adolescentes describieron pensamientos recurrentes sobre la muerte, planes interrumpidos, deseo de desaparecer y asociación entre crisis familiares e impulso suicida. Esta manifestación indica la existencia de sufrimiento psíquico crónico y la ausencia de redes de protección efectivas.

¡Aquí en la escuela a veces pienso en suicidarme! ¡Varias veces! (A4)

Puse una cuerda en el árbol. ¡Pero entonces no tuve valor! (A8)

Cuando empiezan a gritarme o cuando empiezan las peleas en casa, empiezo a golpearme la cabeza contra

la pared y siento muchas ganas de morir. (A10)

Solo pensaba en suicidarme. [...] Y sería con una pistola del calibre 38... (A11)

Nunca lo planeé, solo pensaba en suicidarme. (A14)

¡Intenté suicidarme! Es que oía voces que me decían que me suicidara, que cogiera un cuchillo, que me aba-

lanzara sobre los demás, que me golpeará... (A16)

Mira, a veces pienso en suicidarme con lo que tengo más cerca, ¡que son los cuchillos! (A17)

¡Casi todos los días pienso en suicidarme! Todos los días tengo ganas, pero no me atrevo... Pienso en enchufar un cable a la corriente. (A20)



Fuente: Elaboración de los autores, 2024.

### Raíces emocionales de las lesiones autoinfligidas: dolores, pérdidas y vínculos

Cuando se les preguntó sobre la práctica de las lesiones autoinfligidas, los adolescentes señalaron que dicho comportamiento surge como una estrategia para afrontar el sufrimiento psíquico. Las declaraciones revelan que el dolor físico se utiliza como una forma de aliviar estados emocionales intensos, como la ira, la tristeza, el miedo, la nostalgia, la ansiedad, la baja autoestima y los pensamientos suicidas.

Cortarme alivia el miedo, alivia lo que estoy sintiendo. [...] Tengo un poco de ansiedad y entonces me dan ganas de cortarme. (A2)

¡Me calmo! Solo me calmo si empiezo a hacerme daño y siento otro dolor físico. (A3)

¡Es más para evaluar el dolor de la nostalgia (de la abuela) que siento! (A7)

¡Me hago daño para calmarme! Porque cuando siento el dolor en la piel, eso calma mis pensamientos. (A10)

Ya me he golpeado. [...] ¡No paro de dar puñetazos a la pared! (A16)

Hago esto [demuestra apretándose el brazo], precisamente para sentir ese dolor y dejar de pensar [en los pensamientos negativos]. (A17)

A veces tengo muchas ganas de matarme y, a veces, me corto solo para aliviar la rabia, la angustia, el estrés. (A15)

No siento dolor, siento tanto odio

que no siento dolor [físico] cuando me corto. (A20)

Las experiencias de los adolescentes también ponen de manifiesto que la fragilidad de los vínculos familiares, marcada por el abandono, la negligencia o la agresividad, contribuye al sufrimiento psíquico.

¡Extraño a mi madre, porque mi padre no me deja verla! (A1)

Mi madre me llama muy a menudo perezosa y luego dice que no me quería como hija. (A4)

¡Mi padre nunca ha estado presente en mi vida! (A5)

Mi padre, que es mi progenitor, ¿sabes? ¡Nunca he tenido el amor de un verdadero padre! (A8)

Siento que en casa no me valoran mucho y no recibo mucho cariño de mi familia. (A17)

Mi madre y yo empezamos a discutir porque creo que no me presta mucha atención. (A15)

No hablo mucho con mi padre... Me grita y, a veces, él y mi madre dicen cosas malas. (A18)

Mi madre trabaja y me siento muy sola, ¿sabes? Y cuando está en casa, tiene que cuidar de mi hermano autista, va a casa de mi abuela y entonces no tiene tiempo para mí. (A19)

El duelo destaca como un factor crítico asociado a las ideas suicidas. Las declaraciones expresan el dolor por la pérdida de figuras afectivas centrales, como abuelos, tíos y cuidadores, lo que demuestra los vínculos sustitutivos parentales y el impacto traumático de la muerte.

Intenté suicidarme porque no quería seguir sintiendo eso, ¡ni un minuto más! Para no sufrir lo que más siento... el miedo... siento mucho miedo (A2)

Quería suicidarme porque hacía tres días que había perdido a mi tío. ¡Era como mi padre! (A5)

Era mi abuela, yo la llamaba mamá. Una noche estaba acostada con ella y murió a mi lado, yo también quería mo-

rir. (A7)

Echo un poco de menos a mi abuelo, porque aún no he podido verlo [...] ¡si tuviera a mi abuelo, echaría menos de menos a mi padre! (A1)

Me dan ganas de matarme... ¡porque siento esta tristeza y añoranza por mi padre, que ya no está aquí! (A12)

Además de los vínculos parentales, la relación conflictiva con los hermanos y otros familiares figura como una fuente constante de sufrimiento, marcada por peleas, agresiones físicas y rivalidades.

¡Mis hermanas también son estresantes! Y les gusta pelear... Empiezan a pelear y eso me molesta. Los gritos, los puñetazos... (A10)

¡Mis hermanas empiezan a irritarme y entonces nos peleamos! Me tiran del pelo... ¡mucho! O me ponen apodosos y eso me molesta! (A12)

Casi todos los días en casa me corto, porque mis hermanas se pelean conmigo, ¿sabes? (A4)

Cuando mi padre viene a buscarme para ir a su casa, mi madre se enfada porque él va allí y dice cosas sobre mi madre. Dice que ella no cuida bien de mi hermano... Pero mi madre trabaja, ¿no? Para darnos cosas. (A20)

El consumo de alcohol en el entorno familiar surge como un factor agravante. Las experiencias narradas demuestran no solo la inestabilidad emocional que conlleva el alcoholismo, sino también el riesgo de exposición a la violencia y al abuso.

Cuando mi padre o mi madre llegan borrachos, empiezan a discutir, para que yo no los escuche, me encierro en el baño y me corto. (A10)

Mis padres se peleaban mucho cuando mi padre bebía, antes era mucho más agresivo, ¡pero ahora está cambiando! Eso me deprime, ¿no? No es agradable verlos pelear. (A17)

Me estreso y me corto, por la noche se quedan de fiesta en casa, y enton-

ces... ¡No me gusta eso! ¡Odio las borracheras! (A20)

La violencia simbólica en la escuela y el acoso escolar también se destacan en los testimonios como desencadenantes directos de la autolesión. Los adolescentes relatan sufrimiento relacionado con la apariencia física, las dificultades de aprendizaje y la exclusión social.

Mis compañeros hablan en clase, dicen tonterías [...] a la profesora y a mis amigas. Me dan ganas de pelearme con ellos, pero no quiero hacer daño a los demás, así que acabo haciéndomelo a mí mismo. (A1)

Hablan mucho de mi apariencia, hablan de cómo soy, de cómo hablo, de cómo me visto... Me dan ganas de pelear, ¡no me gusta eso! (A3)

Es una cuestión sobre mí mismo, sobre mi apariencia... Me llaman gorda y me excluyen. (A6)

¡Ah, mi apariencia! ¡Me llaman gorda y dicen que soy rara! No me considero guapa, pero eso me duele, acabo siendo excluida. (A8)

¡Sufrí acoso escolar! A mi hermana se le pegó un chicle en el pelo, así que tuve que cortármelo muy corto, quedé como un chico... Y entonces empezaron a llamarme marimacho... ¡Y eso me dolió mucho! (A10)

Me llamaban tonta, «tonga», porque tengo dificultades en la escuela. (A15)

Además, la inseguridad sobre los problemas presentes en las relaciones interpersonales afectivas, con el cuerpo y el miedo al futuro son mencionados por los adolescentes como causas de sufrimiento psíquico.

Porque no me gusta... No me gusta mi forma de ser, mi cuerpo... (A2)

¡Me siento insegura, ¿sabes?! Mi novio está con mi excuñada. ¡Qué ganas de desaparecer! (A8)

A veces pienso que soy una persona insuficiente para mi familia, mis amigos, y creo que no voy a conseguir hacer lo

que sueño. Y entonces, también me invaden las inseguridades. (A17)

A veces mis compañeras están hablando y no me incluyen en la conversación, estoy a su lado y no me incluyen. A veces hacen eso, me dejan atrás. (A17)

¡Mi futuro! ¡Y entonces empiezo a pensar que no voy a conseguirlo! (A17)

La falta de apoyo emocional en el entorno familiar es mencionada por algunos de los adolescentes que participaron en la investigación como uno de los factores asociados a los comportamientos autolesivos.

Ya intenté hablar de esto [la autolesión] con mi madre, pero me dijo que no le interesaba. (A4)

Ya intenté hablar con mis hermanas, ¡pero empezaron a llamarme loca! (A10)

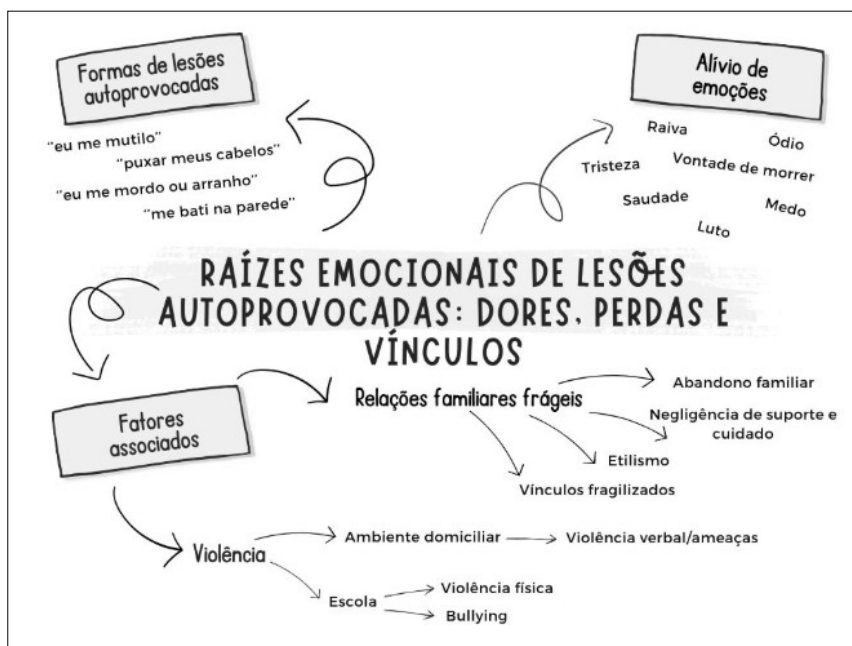
Una vez se lo conté a mi hermana, que entiende un poco, pero no pasa mucho tiempo conmigo. ¡Y mi madre no está nunca en casa! (A15)

Mi madre es de las antiguas, ¿sabes? Es decir, ella no entiende, dice que son tonterías nuestras, ¿sabes? Entonces prefiero no comentárselo. (A8)

Mi madre me dijo que tenía que confiar solo en ella porque era mi mejor amiga, pero cuando le cuento cosas, parece que las ignora. (A18)

Estas declaraciones revelan la multiplicidad de factores que atraviesan la experiencia del sufrimiento en la adolescencia. La autolesión aparece como expresión de un dolor que no encuentra un espacio legítimo para ser escuchado, y se practica en diferentes contextos como intento de regulación emocional. El dolor psíquico de estos adolescentes, a menudo invisible, se manifiesta en el cuerpo como lenguaje del sufrimiento emocional y social.

La Figura 2 presenta la síntesis de la categoría «Raíces emocionales de las lesiones autoinfligidas: dolores, pérdidas y vínculos».



Fuente: Elaboración propia, 2024.

## DISCUSIÓN

La adolescencia se caracteriza por transformaciones fisiológicas, hormonales, cognitivas y emocionales, por la construcción de la identidad y la búsqueda de pertenencia. Estos cambios, asociados a las presiones sociales y a la fragilidad de los vínculos afectivos, pueden desencadenar sentimientos de miedo, ansiedad, ira y tristeza, elementos fuertemente relacionados con el sufrimiento psíquico.

Las declaraciones de los participantes evidenciaron que los conflictos relacionados con la construcción del «yo social» y las demandas de autonomía y reconocimiento a menudo trascienden la esfera emocional y se manifiestan en comportamientos autolesivos. El dolor emocional, intenso y silenciado, encuentra en el cuerpo un medio de expresión. En este contexto, la autolesión surge como una estrategia de regulación afectiva, un alivio momentáneo frente al sufrimiento psíquico<sup>(18-19)</sup>.

Los adolescentes relataron prácticas de autolesión, incluyendo cortes, arañazos, pellizcos, tirones de pelo e

impactos corporales, generalmente en regiones no visibles. Estos hallazgos corroboran una investigación que señala una alta prevalencia de conductas autolesivas entre los adolescentes escolares<sup>(5)</sup>. Confirman los datos epidemiológicos nacionales que evidencian un crecimiento significativo de las notificaciones de lesiones autoinfligidas desde 2016, especialmente en las regiones sur y sureste de Brasil<sup>(10)</sup>.

En varios casos, la autolesión se mencionó como un recurso para evitar el suicidio, aunque al mismo tiempo representa un marcador de riesgo. Los estudios refuerzan que los adolescentes que utilizan métodos más agresivos, como cortes profundos, tienen una mayor probabilidad de ideación o intento de suicidio, además del riesgo de reincidencia<sup>(11-10, 20)</sup>.

La dinámica familiar disfuncional surgió como un elemento central. Los conflictos con padres, hermanos, padrastros y madrastras, las experiencias de rechazo, abandono y negligencia afectiva se describieron como desencadenantes del dolor emocional que culmina en la autolesión o el intento de suicidio. El abuso de alcohol por

parte de los familiares también se presentó como un factor agravante, intensificando los conflictos y aumentando la exposición de los adolescentes a la violencia. Según(21), el consumo de sustancias psicoactivas en el entorno doméstico compromete la estabilidad familiar y aumenta la vulnerabilidad a comportamientos autodestructivos, como la autolesión y el suicidio.

Otro aspecto destacado fue la experiencia del acoso escolar. Los comentarios despectivos, la exclusión social y las agresiones verbales, a menudo relacionados con la apariencia física, la identidad de género o el rendimiento académico, se señalaron como factores de intenso sufrimiento. El acoso escolar, aún naturalizado en muchas escuelas, constituye un importante desencadenante de la depresión, la ansiedad y las ideas suicidas entre los adolescentes<sup>(22)</sup>.

El duelo, ya sea por la muerte de seres queridos o por la ruptura de vínculos afectivos, también se señaló como desencadenante de sufrimiento y comportamientos suicidas. En contextos de vínculos frágiles, la pérdida intensifica los sentimientos de soledad, rebeldía, tristeza y culpa, con repercusiones significativas en la salud mental<sup>(23)</sup>.

Ante la fragilidad de los vínculos familiares y la negligencia afectiva, el entorno escolar se perfila como un espacio de acogida potencial. Las re-

laciones afectivas positivas con profesores y compañeros pueden fortalecer la resiliencia y el sentimiento de pertenencia. (24)

Así, la articulación entre la escuela, la familia y la salud constituye una estrategia esencial para hacer frente a estas vulnerabilidades y prevenir daños a la salud mental. El fortalecimiento de los vínculos afectivos en el entorno escolar, junto con prácticas de escucha cualificada y acciones integradas con la salud, puede contribuir significativamente a la prevención de la autolesión y el suicidio, además de promover la salud mental de los adolescentes.

#### CONCLUSIÓN

En la percepción de los adolescentes, las lesiones autoinfligidas y el comportamiento suicida se manifiestan como respuesta a múltiples factores, entre los que destacan los conflictos familiares, los sentimientos de rechazo, soledad y duelo, además de las experiencias de violencia física, verbal y simbólica, incluido el acoso escolar en contextos escolares, sociales y domésticos. La fragilidad de los vínculos familiares contribuye a la vulnerabilidad emocional, mientras que el entorno escolar, cuando está impregnado de relaciones afectivas protectoras, puede representar un espacio potencial de acogida y apoyo. En este contexto,

cabe destacar el papel estratégico de la escuela en la prevención y el cuidado de la salud mental en la adolescencia.

Ante la persistencia del tabú social en torno al sufrimiento psíquico y la escasez de estrategias institucionales para afrontarlo, se hace evidente la urgente necesidad de ampliar el debate sobre la salud mental de los adolescentes. El estudio ofrece importantes aportaciones a los profesionales de la salud y la educación sobre las demandas emergentes de esta población, destacando la importancia de la identificación temprana de los signos de sufrimiento, las prácticas autolesivas y las ideas suicidas como formas de intervención y atención.

Por lo tanto, se recomienda el desarrollo de acciones intersectoriales de enseñanza, investigación y extensión orientadas a la promoción de la salud mental en las escuelas, con énfasis en la escucha cualificada, la construcción de vínculos y el enfrentamiento del sufrimiento psíquico. Además, se destaca la necesidad de crear protocolos institucionales para la atención de adolescentes en sufrimiento, con una actuación interprofesional articulada entre los sectores de la salud, la educación y la asistencia social, contribuyendo a la construcción de redes de apoyo integradas, acogedoras y eficaces.

## Referencias

1. BRASIL. Ministério da Educação. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial; 2002. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 20 nov 2024.

2. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.

3. Ladeia DN, et al. Análise da saúde mental

na população geral durante a pandemia de Covid-19. Rev Eletron Acervo Saude. 2020;esp 46:e3925. DOI: 10.25248/reas.e3925.2020.

4. Alamolhoda SH, et al. Adolescent mental health during covid-19 pandemics: a systematic review. Int J Adolesc Med Health. 2022;35(1):41-60. DOI: 10.1590/0102-311X00150020.

5. Poudel A, et al. Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors. BMC Psychia-

try. 2022;22(1):96. DOI: 10.1186/s12888-022-03763-z.

6. Lloyd EE. Self-mutilation in a community sample of adolescents [tese]. Louisiana: Louisiana State University; 1997.

7. Kim HH, et al. Characteristics and risk factors of suicide among people who attempted self-harm in South Korea: A longitudinal National Cohort Study in South Korea. *Psychiatry Res.* 2023;330:115613. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115613.

8. World Health Organization. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021.

9. World Health Organization. Global health estimates: leading causes of death. Geneva: World Health Organization [Internet]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>. Acesso em: 5 jan 2024.

10. Aragão CMC, Mascarenhas MDM. Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, Brasil, 2011-2018. *Epidemiol Serv Saude.* 2022;31:e2021820. DOI: 10.1590/S1679-49742022000100028.

11. Rocha TML, Cavalcante FML, Aragão JMN. Fatores de risco para suicídio em adolescentes: revisão integrativa. *Rev Fac Paulo Picanço.* 2023;3(3). DOI: 10.59483/rfpp.v3n3.74.

12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.

13. Sampaio TB. Metodologia da pesquisa. 1. ed. Santa Maria: UFSM, CTE, UAB; 2022.

14. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: ArtMed; 2018.

15. Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. São Paulo: Edições 70; 2011.

16. Medeiros JO, Ribeiro RC, Sousa MNA. Mapa conceitual como ferramenta de aprendizagem: revisão integrativa da literatura. *SANARE-Rev Políticas Públicas.* 2020;19(2). DOI: 10.36925/sanare.v19i2.1477.

17. Souza VRS, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:1-9. DOI: 10.37689/acta-ape/2021A002631.

18. Menezes MS, Faro A. Avaliação da relação entre eventos traumáticos infantis e comportamentos autolesivos em adolescentes. *Psicol Cienc Prof.* 2023;43:e247126. DOI: 10.1590/1982-3703003247126.

19. Silva RAC. Discussões sobre a adolescência entre os primeiros estudiosos da temática. *Rev Educ Saude Cienc Xingu.* 2022;1(5). Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/rescx/article/view/5037>. Acesso em: 23 nov 2024.

20. Wu Y, et al. A meta-analysis on the lifetime and period prevalence of self-injury among adolescents with depression. *Front Public Health.* 2024;12. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1434958.

22. Noh-Moo PM, et al. Alcohol use as a predictor of child-to-parent violence in adolescents from southern Mexico. *Rev Esc Enferm USP.* 2024;58:e20240016. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0016en.

23. Bitell NR, et al. O bullying em escolas rurais na percepção de adolescentes. *Contrib Cienc Soc.* 2024;17(10):e11228. DOI: 10.55905/revconv.17n.10-045.

24. Lucena HBN, et al. Respostas dos adolescentes no enfrentamento ao luto. *Rev Ibero-Am Hum Cienc Educ.* 2024;10(8):4167-80. DOI: 10.51891/rease.v10i8.15525.

25. Agatha EZ, Yosep I, Hernawaty T, et al. Beyond trauma: a scoping review of nursing interventions to improve psychological well-being in adolescents victims of bullying. *BMC Nurs.* 2025;24:973. doi:10.1186/s12912-025-03642-4